

日常生活用具給付申請書

年 月 日

加古川市長 様

住所 加古川市

申請者 氏名 _____

個人番号 _____

電話 _____ 続柄 _____

※ 申請者は障がい者本人。ただし、18歳未満は保護者。

下記により日常生活用具の給付を申請します。申請にあたり、市が私及びその世帯員の住民基本台帳、課税状況、障害福祉サービスの申請資料等を調査することに同意します。

対象者(児)	ふりがな			男・女	個人番号					
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (チェックで省略可)			生年月日	年 月 日 (歳)				
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (チェックで省略可) 加古川市								
	身体障害者	手帳番号 / 交付日	兵庫県・兵東加・() 第 号		年 月 日 交付					
		障害名			等級	級				
	知的障害者	手帳番号 / 交付日	兵庫県・兵東加・() 第 号		年 月 日 交付					
判定				次回判定	無・有 年 月					
難病患者等	疾病名									
	公費負担医療の受給者番号			号	※特定疾患医療受給者証の写しを添付 (特定疾患治療研究事業対象者のみ)					
給付を受けたい用具名										
希望業者名										
本人の状況		・在宅 ・入院中 (病院： 頃退院予定) ・その他 ()								
月額負担上限額 認定区分 (対象期間:R2.1~R2.12)		・生活保護世帯 0円		・市民税非課税世帯 0円		・市民税課税世帯 37,200円				
		※「世帯」の範囲は、申請者が障がい者 (18歳以上) の場合は申請者とその配偶者、申請者が障がい児 (18歳未満) の場合は申請者が属する「住民票」上の世帯です。 ※障がい者が属する世帯の市民税所得割額が 46万円以上の場合は、この制度の利用はできません。								
前回の給付		<input type="checkbox"/> () 年 月 日給付 (耐用年数 年) <input type="checkbox"/> () 年 月 日給付 (耐用年数 年)								
備考										

給付決定番号 _____

扶養対象児童申告書

申告対象

令和2年12月31日現在における、0歳から15歳までの扶養対象児童及び16歳から18歳までの扶養対象児童（令和2年中の合計所得が38万円以下の児童に限る。）

0～15歳の扶養対象児童 (平成17年1月2日～令和2年12月31日生まれ)			
ふりがな 氏名	生年月日	同居・別居 の区別	扶養者
	年 月 日	同居・別居	父・母・()
	年 月 日	同居・別居	父・母・()
	年 月 日	同居・別居	父・母・()
	年 月 日	同居・別居	父・母・()
	年 月 日	同居・別居	父・母・()
	年 月 日	同居・別居	父・母・()
16～18歳の扶養対象児童 (平成14年1月2日～平成17年1月1日生まれ)			
ふりがな 氏名	生年月日	同居・別居 の区別	扶養者
	年 月 日	同居・別居	父・母・()
	年 月 日	同居・別居	父・母・()
	年 月 日	同居・別居	父・母・()

【扶養控除の見直しに伴う補装具費支給の影響について】

平成24年度分より市民税の年少扶養控除等が廃止されました。

加古川市では、これにより日常生活用具の給付に関する負担に影響が生じることがないように、扶養控除の廃止対象者を特定したうえで、扶養控除見直し前の旧税額を再計算し、その税額をもって負担上限月額の見直しを行うこととしました。